

診断書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当される先生へ

ご記入にあたってご留意いただきたい点をご一読の上、ご記入をお願い申し上げます。 マニユライフ生命保険株式会社

項目	ご記入にあたってご留意いただきたい点	備考		
2項	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ■原因となった傷病名が複数ある場合は、すべて記入してください。 ■傷病発生年月日はお分かりになる範囲で記入してください。(イ・ウ欄も同様です。) 	■ICD10コードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。	
	イ. アの原因	<ul style="list-style-type: none"> ■アの原因となった傷病等があれば、すべて記入してください。 	-	
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ■入院治療の必要があった傷病をすべて記入してください。 ■合併症に対する入院治療が必要であった期間を記入してください。 	■保障内容や傷病によって給付金のお支払内容が異なる場合がございます。	
3項	前医・紹介医	<ul style="list-style-type: none"> ■アの前医または紹介医があれば、記入してください。 	-	
4項	既往症・持病	<ul style="list-style-type: none"> ■2項「傷病」欄に関連しないものを含め、お分かりになる範囲で記入してください。 	-	
5項	治療期間	<ul style="list-style-type: none"> ■アの傷病に関する最初の診察日を記入してください。(他科での診察を含みます。) ■アの傷病の治療状況を、治癒・継続・中止・転医から選択してください。 ■入院が3回以上ある場合は、診断書最下段余白に3回目以降の入院期間をご記入ください。 ■集中治療室で治療された場合は1～5のいずれかを選択のうえ、その期間をご記入ください。 	-	
6項	手術	<ul style="list-style-type: none"> ■手術給付金のお支払対象となる場合がありますので、診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。 ■診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 ■以下のような処置等もあわせて記入してください。 例) 持続的腹腔ドレナージ、胸腔ドレナージ など ■手術が3回以上の場合、診断書最下段余白に3回目以降の手術についてご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ■公的医療保険制度の対象有無について有・無いいずれかをご選択ください。 ■Kコード・Jコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。 	
7項	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> ■貴院にて評価療養として認められている先進医療のみご記入ください。 ■受療者が支払った先進医療の技術料に対して給付金額が変わりますので、受療者が支払った先進医療の技術料のみをご記入ください。 	-	
8項	放射線・温熱療法	<ul style="list-style-type: none"> ■種類を1～6から選択してください。「6.その他」は詳細を記入してください。 ■照射中の場合は、照射済みの範囲で記入してください。 	■Mコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。	
9項	悪性新生物 上皮内新生物	病名告知	<ul style="list-style-type: none"> ■本人または家族に病名を告知した日付と告げた病名を記入してください。 	-
		今回以前の悪性新生物の既往有無	<ul style="list-style-type: none"> ■今回治療のガンの罹患以前に何らかのガンに罹患したことがある場合は、「1.有」に○印をつけたくうえで、そのガンの病名・発生年月日をお分かりになる範囲で記入してください。 	-
		病理組織学的検査	<ul style="list-style-type: none"> ■病理組織学的検査を実施している場合は、「1.有」に○印をつけたくうえで、病理組織診断名を記入してください。 ■診断確定日は、生検もしくは手術標本など病理組織診断が確定した最初の日を記入してください。生検日・手術日ではありませんので、ご注意ください。 ■病理組織診断判明後のTNM分類・ステージ分類等を記入してください。 ■大腸癌の場合は深達度を選択してください。 ■GISTの場合はリスク評価を選択してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ■上皮内癌・非浸潤癌は保険金・給付金等の支払対象とならない場合があります。 ■大腸癌の場合は、深達度もお支払い可否判断にあたって必要な項目です。
		種類・状態	<ul style="list-style-type: none"> ■該当するものに○印をつけてください。 	■種類が「原発」かそれ以外かによってお支払内容が異なる場合がございます。
10項	抗ガン剤治療	<ul style="list-style-type: none"> ■使用された抗ガン剤について、薬剤名とその使用期間を記入してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ■公的医療保険制度の対象有無について有・無いいずれかをご選択ください。 ■Fコード・Gコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。 	
11項	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ■該当する指導管理料の算定内容に○印をつけてください。 ■上記が算定された年月を記入してください。 ■インスリン製剤やインクレチン製剤などの治療(指導)なども、在宅自己注射指導管理料の算定対象となるため、ご注意ください。 	-	
12項	ガン緩和療養	緩和ケア算定等の入院	<ul style="list-style-type: none"> ■該当する算定内容に○印をつけてください。 ■上記が算定された入院期間をすべて記入してください。 	■算定された入院期間と疼痛緩和薬を投与/処方した日が重複する場合は、投与/処方日の記載は省略ください。
		ガン性疼痛緩和目的での疼痛緩和薬使用	<ul style="list-style-type: none"> ■使用された疼痛緩和薬について、薬剤名を記入してください。 ■入院または通院で疼痛緩和薬を投与をした年月を記入してください。 ■入院または通院で疼痛緩和薬の投与をした日および処方せんを発行した日のうち、同一月内の初日のみご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ■公的医療保険制度の対象有無について有・無いいずれかをご選択ください。 ■Fコード・Gコードは給付金のお支払いにあたって参考とさせていただきます。
13項	悪性新生物治療の通院	<ul style="list-style-type: none"> ■悪性新生物の治療にともなう、貴院の通院日をもれなく○で囲んでください。(治療をともなわない薬剤の購入、受取のみ等の通院は含みません。) ■往診日も含んで○で囲んでください。 ■通院予定日は含みません。 	-	

1.氏名	フリガナ カタテ番号		性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input type="checkbox"/> 2.女性	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 4.平成 <input type="checkbox"/> 5.令和	年 月 日																										
2.傷病	ア. 入院・手術等の原因となった傷病名	ICD10コード					傷病発生年月日																										
	イ. アの原因	ICD10コード					傷病発生年月日																										
	ウ. ア、イ以外に入院治療の必要があった合併症の傷病名	ICD10コード					傷病発生年月日																										
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関	医師名																											
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日	医療機関	医師名																											
5.治療期間	初診日	年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 1.治療 <input type="checkbox"/> 2.継続 <input type="checkbox"/> 3.中止 <input type="checkbox"/> 4.転医																												
	入院期間第1回	年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																												
	入院期間第2回	年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 1.退院 <input type="checkbox"/> 2.入院中 <input type="checkbox"/> 3.転院 <input type="checkbox"/> 4.転科 <input type="checkbox"/> 5.死亡退院																												
集中治療室(ICU)管理治療 1～5から選択		<input type="checkbox"/> 1.救命救急医療 <input type="checkbox"/> 2.特定集中治療 <input type="checkbox"/> 3.小児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 4.新生児特定集中治療 <input type="checkbox"/> 5.総合周産期特定集中治療																															
第1回		年 月 日～年 月 日		第2回		年 月 日～年 月 日																											
6.手術	手術種類	ア.開頭術 イ.穿頭術 ウ.開胸術 エ.胸腔鏡 オ.開腹術 カ.腹腔鏡 キ.ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル ク.経皮的 ケ.経尿道的 コ.経腔的 サ.レーザー シ.その他() 「手術種類」は、左記ア～シから選択																															
	手術名 ※ドレナージ等の処置も記入してください	手術日	手術部位	手術種類	筋骨関係手術の場合	穿頭術の場合	手指・足指の手術の場合 MP関節より																										
	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1.㊦ <input type="checkbox"/> 2.㊧ (-)	年 月 日	1.㊦ 右 2.㊧ 左 3.㊨ 両方	1.㊦ 右 2.㊧ 左 3.㊨ 両方	1.㊦ 観血 2.㊧ 非観血	1.㊦ 新規穿孔 2.㊧ 既存孔	1.㊦ 末梢 2.㊧ 中樞 3.㊨ 関節上	1.㊦ 25cm ² 以上 2.㊧ 25cm ² 未満																									
公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1.㊦ <input type="checkbox"/> 2.㊧ (-)	年 月 日	1.㊦ 右 2.㊧ 左 3.㊨ 両方	1.㊦ 右 2.㊧ 左 3.㊨ 両方	1.㊦ 観血 2.㊧ 非観血	1.㊦ 新規穿孔 2.㊧ 既存孔	1.㊦ 末梢 2.㊧ 中樞 3.㊨ 関節上	1.㊦ 25cm ² 以上 2.㊧ 25cm ² 未満																										
7.先進医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日		年 月 日																												
治療の実施日		年 月 日～年 月 日 (実施回数 回)		受療者が負担すべき先進医療の「技術料」 円																													
8.放射線・温熱療法	1～6から選択 <input type="checkbox"/> 1.体外照射 <input type="checkbox"/> 2.定位照射 <input type="checkbox"/> 3.温熱療法 <input type="checkbox"/> 4.小線源療法 <input type="checkbox"/> 5.内服療法 <input type="checkbox"/> 6.その他()																																
	診療報酬区分	部位	照射期間			照射量																											
	1.㊦ 2.㊧ (-)		年 月 日～年 月 日			Gy																											
9.悪性新生物・上皮内新生物	病名告知	本人・家族に告知した日	本人・家族に告げた病名	今回以前に悪性新生物の既往有無	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	有の場合発生年月日と傷病名	年 月 日																										
	病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	診断確定日	該当する悪性新生物の種類があれば選択		(p)TNM分類																											
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 2.浸潤性・その他	㊦T() ㊧N() ㊨M()																													
	上記以外の検査	1.細胞学的検査 2.内視鏡的検査		検査日	検査結果																												
	種類	<input type="checkbox"/> 1.原発 <input type="checkbox"/> 2.再発 <input type="checkbox"/> 3.転移 <input type="checkbox"/> 4.その他()		状態	<input type="checkbox"/> 1.治療 <input type="checkbox"/> 2.寛解 <input type="checkbox"/> 3.治療継続 <input type="checkbox"/> 4.その他()																												
10.抗がん剤治療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	薬剤名	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1.㊦ <input type="checkbox"/> 2.㊧ (-)	使用期間	年 月	年 月	年 月																										
11.在宅医療	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	1～4から選択	<input type="checkbox"/> 1.在宅自己注射指導管理料 <input type="checkbox"/> 2.在宅自己腹腔灌流指導管理料 <input type="checkbox"/> 3.在宅血液透析指導管理料 <input type="checkbox"/> 4.在宅酸素指導管理料																														
	指導管理をした年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月																										
12.ガン緩和療養	緩和ケア算定等の入院	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	1～3から選択	<input type="checkbox"/> 1.緩和ケア病棟入院料 <input type="checkbox"/> 2.緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 3.有床診療所緩和ケア診療加算																													
	ガン性疼痛緩和目的での疼痛緩和薬使用	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	薬剤名	公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1.㊦ <input type="checkbox"/> 2.㊧ (-)	使用期間	※投与をした日もしくは処方せん発行日のうち、同一月内最初の日																											
		公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無 <input type="checkbox"/> 1.㊦ <input type="checkbox"/> 2.㊧ (-)	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月																									
13.悪性新生物治療の通院	通院年月	悪性新生物の治療を直接の原因とした通院(往診日を含む)																												合計日数			
	20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計 日
	20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計 日
	20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計 日

【お願い】訂正の場合は必ず証明印による訂正印を押印してください。原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに押印ください。

上記のとおり証明(診断)します (証明日) 年 月 日

所在地 名称 診療科 電話番号 病院または診療所の

医師氏名

印